



**VETERANS REFERRAL (PART 1)**  
**НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНА (ЧАСТЬ 1)**

DSHS OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	CASE NAME

**A. Отметьте пункты, имеющие отношение к вам, или к лицу, за которого вы подаёте заявление.**

1.  Ветеран
2.  Вдова или вдовец ветерана, умершего во время действительной службы или в результате инвалидности, полученной в связи со службой в армии. Вдова или вдовец не вступили в брак снова, а если они вступили в брак снова, этот брак был аннулирован или был прекращён юридическими действиями, начатыми до 11-1-90.
3.  Вдова или вдовец ветерана войны, который умер от болезни, не связанной со службой в армии. Вдова или вдовец не вступили в брак снова, а если они вступили в брак снова, этот брак был аннулирован или был прекращён юридическими действиями, начатыми до 11-1-90.
4.  Родитель ветерана, умершего во время действительной службы или в результате инвалидности, полученной в связи со службой в армии.
5.  Ребёнок (моложе 26 лет) ветерана, умершего или пожизненно ставшего полным инвалидом в связи со службой в армии.
6.  Ребёнок ветерана, умершего во время действительной службы или в результате инвалидности, полученной в связи со службой в армии. Ребёнок пожизненно стал полным инвалидом до того, как ему/ей исполнилось 18 лет.
7.  Ребёнок покойного ветерана войны. Ребёнок пожизненно стал полным инвалидом до того, как ему/ей исполнилось 18 лет.
8.  Ребёнок покойного ветерана войны. Ребёнок моложе 23 лет, холост и посещает полный курс занятий в учебном заведении.

**B. Если вы отметили какие-либо пункты в Разделе А выше, отметьте все те нижеуказанные пункты, которые имеют отношение к вам или к лицу, за которого вы подаёте заявление.**

1.  Имеет инвалидность, связанную со службой в армии.
2.  Пожизненно является полным инвалидом в связи с болезнями, не имеющими отношения к службе в армии, и служил в армии во время войны.
3.  Нуждается в медицинском обслуживании.
4.  Нуждается в уходе в доме для больных и престарелых.
5.  Подаёт заявление на уход на дому по программе COPES.
6.  Нуждается в уходе на дому по программе \_\_\_\_\_ (укажите программу).

**В. Заполните этот раздел только в том случае, если вы отметили пункт(ы) в ОБОИХ разделах А и Б выше.**

1. ИМЯ ВЕТЕРАНА (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛЫ)	2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЕТЕРАНА	3. НОМЕР ИСКА, ПОДАННОГО В УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ВЕТЕРАНОВ (VA), ЕСЛИ ОН ИЗВЕСТЕН
--------------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

**Г. Внимательно прочтите нижеследующее. Распишитесь на этой форме, поставьте дату и возвратите её в свой офис DSHS. Если вы не возвратите этой формы, вам могут отказать в помощи DSHS.**

Я заявляю, что информация, представленная выше, насколько мне известно, является правильной, точной и полной. Я понимаю, что в процессе подачи заявления меня могут обязать связаться с Офисом Обслуживания Ветеранов, если это будет необходимо. Настоящим я уполномочиваю DSHS и Офис Обслуживания Ветеранов выдать информацию, необходимую для определения того, имею ли я право на помощь.

Если я считаю, что, запрашивая эту информацию, DSHS действует неправильно, я могу подать на справедливое слушание в течение 90 дней со дня, которым датировано это направление, написав по адресу: Department of Social and Health Services, Office of Appeals, P.O. Box 2465, Olympia, WA 98507-2465.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА